

PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Beneficiário Titular Nº

DADOS BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo (igual ao B.I./C.C. e sem abreviaturas)

Telefone da residência

Telemóvel

E-mail

Bilhete de Identidade / Cartão de cidadão

Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a) ao abrigo do disposto na Lei nº 46/2007, de 24 de agosto, na qualidade de titular e/ou representante, a seguinte informação clínica:

Relatório Médico

Exames Complementares de Diagnóstico (Relatórios e/ou Imagens)

Informação Clínica

Outros

Referente aos seguintes Beneficiários:

Nome

Benef. Nº

Nome

Benef. Nº

Nome

Benef. Nº

Especialidade(s) Clínica(s)

Nome do Médico Assistente (SAMS SBN)

Dr.(*)

Autorizo o SAMS SBN a disponibilizar esta informação:

Correio Simples

Correio Eletrónico

Data ____ / ____ / ____

Levantamento presencial

Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I. /C.C.

O Beneficiário

Assinatura conforme B.I. /C.C.

O Beneficiário

Assinatura conforme B.I. /C.C.

Nota: o pedido tem de ser assinado pelos Beneficiários a quem se destina a informação.
 Caso o Beneficiário seja menor, deverá ser assinado pelo Beneficiário Titular.

Autorizado

Diretor Clínico/RAI

Data: ____ / ____ / ____

USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em ____ / ____ / ____ a informação solicitada correspondente a este Pedido.

Autorizo que possa levantar a informação solicitada.

O Requerente

A pessoa autorizada

B.I./C.C. de ____ / ____ / ____ Arquivo